
P.S.M

I. OBJECTIFS DU PROGRAMME :

1. **Objectif général :**

Objectif à l'horizon 2012 :

- **Réduire la mortalité maternelle de 227 à 50 pour 100 000 naissances vivantes**
- **Réduire la mortalité infantile de 40 à 15 ‰ naissances vivan**

2. ***Objectifs spécifiques d'ici l'an 2012 :***

- **Consultation prénatale : 57 % (2009) 80% (2012)**
- **Accouchements en milieu surveillé : 58 % (2009) 90% (2012)**
- **Taux de césariennes : 5,6 % (2009) 7% (2012)**
- **Consultation post-natale : 20 % (2009) 80% (2012)**

3. ***Population cible***

Environ 650 000 femmes enceintes et en post-partum.

II. LA SURVEILLANCE DE LA FEMME ENCEINTE :

Permit à moindre coût de prévenir les risques liés à la grossesse de dépister les grossesses à risques, de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour minimiser les conséquences maternels et fœtales et effectuer une éducation sanitaire et nutritionnelle des femmes y compris surtout les aspects de planification familiale.

III. LA CONSULTATION PRE-NATALE :

1. ***Objectifs :***

Ils sont multiples et complémentaires, ils concernent la femme enceinte, sa grossesse et le milieu :

- Surveillance de la santé de la femme enceinte.
- Surveillance de la grossesse.
- Dépistage des dystocies et des grossesses à risques.
- Intégration des activités éducatives : préparation à la naissance, éducation pour la santé et nutrition.
- Sensibilisation sur l'importance de l'espacement des naissances et des méthodes de planification familiale.

2. ***Organisation de la consultation prénatale :***
   a) ***Tâche de l'infirmier :***

Pour atteindre les objectifs fixés :

- Préparer le matériel nécessaire à la visite prénatale.

- Accueillir aimablement la femme et l'installer confortablement.
- Procéder à l'anamnèse.
- Pratiquer l'examen obstétricale : inspection, palpation, l'auscultation du B.C.F, mesuration de la hauteur utérin, toucher vaginale.
- Faire le diagnostic de la grossesse.
- Evaluer l'âge probable de la grossesse et calculer la date présumer de l'accouchement.
- Pratiquer les examens complémentaire : taille, poids, T.A, température, glycémie, protéinurie, taux d'hémoglobine, vaccination anti-tétanique, V.D.R.L , T.P.H.A , identifier les grossesses à risques et les référer à la consultation médicale et à la maternité, groupage rhésus sanguin.
- Evaluer, interpréter et enregistrer correctement les examens effectuer sur la fiche de surveillance de la grossesse.
- Assurer le suivi de la grossesse.
- Informer les femmes sur l'évolution de leurs grossesses.
- Eduquer et préparer la femme à la naissance : conseils, et précaution d'hygiène, allaitement, espacement des naissances.
- Faire le pronostic de l'accouchement.
- Compléter au fur et à mesure du suivi la fiche de surveillance de la grossesse.
- Veillez à l'entretien et la conservation du matériel.

b) *Rythme de consultation :*

En plus de consultation prénatale programmée dans le cadre du S.M.I la femme enceinte doit pouvoir bénéficier d'un examen prénatal à tout moment.

c) *Combien de visite prénatale :*

Tout femme enceinte doit se présenter au moins 3 fois à la consultation prénatale c'est-à-dire au moins une foie par trimestre.

-Avant 3 mois (1er visite, 1er trimestre).

-Vers 6 mois.

-Vers la fin de la grossesse (8ème mois, troisième visite, 3ème trimestre).

En cas de grossesse à risque il est prévu de multiplier les consultations à fin de prévenir toute complic ation.

3. *Conduite de la consultation prénatale :*

⇒ **Au cours du 1er trimestre : examen/diagnostic :**

La 1ère consultation au début de la grossesse doit répondre aux objectifs suivants :

- Faire le diagnostic de la grossesse et calculer son terme.
- Prendre en charge la grossesse.
- Dépister les complications précoces de la grossesse.
- Aborder les questions d'hygiène et les points qui peuvent inquiéter ou préoccuper à la femme enceinte.

Pour atteindre ses objectifs, l'infirmier doit procéder d'une manière systématique et périodique à :

- L'anamnèse.
- Examen obstétrical.
- Education, préparation de la femme à la naissance.

A. ***ANAMNESE :***

Il doit prendre la forme d'une véritable conversation à fin de gagner la confiance de la patiente .elle doit être méthodique et porter sur :

- **Les renseignements de l'état civil :**

  Nom, prénom, date de naissance, profession, adresse de la patiente, nom et prénom du mari, et sa profession.

- **Les antécédents** :
  - **Généraux** : traitement pour affection chronique tel que : tuberculose, R.A.A, H.T.A.
  - **Obstétricale :** Il apport de repérer le nombre de grossesse et accouchement antérieure, l'évolution et déroulement de ses grossesses, et accouchements et suite de couche et de noter toute notion de risque et d'en préciser la nature (toxémie, diabète, césarienne, forceps, prématurité).

N.B : retenir qu'un nombre élevé supérieure ou égale à 5 est rapproché de moins de 24 mois entre les grossesses est un facteur de risque.

- **Grossesses actuelles :** l'anamnèse permet de préciser :

- En 1er lieu la date des derniers règles – En 1er lieu la date des derniers règles (D.D.R) qui correspond au 1er jour des règles et qui permet d'apprécier la durée de l'aménorrhée, premier signe de grand valeur lorsqu'il s'agit d'une femme bien portante jusqu'à la bien réglée.
- Calculer approximativement la date probable d'accouchement (D.P.A) en fonction de la D.D.R.
- L'appréciation de certains signes accessoires, ses signes sont variable d'une femme à l'autre :
  - Sensation des tensions mammaire.
  - Nausée.
  - Vomissements surtout matinaux.
  - Modification de goût, l'appétit, irritabilité.

Il faut rassurer la femme car les signes disparaissent vers le 3ème mois et lui donner les conseils.

B. ***EXAMEN OBSTETRICAL :***

1. Inspection :

Va chercher chez la femme :

- La femme debout, puis marchante, une boiterie, cyphose, scoliose, un déhanchement, ces éléments peuvent faire prévoir certain déformation du bassin et par la constitue un obstacle à l'accouchement.
- La femme couchée :

  L'infirmier va procéder à l'examen du visage, noter si la femme ne présente pas de pâleur ni de coloration des conjonctives signe évocateur de l'anémie.

- Les seins dés les 1ères semaines, la femme signalent une impression de gonflement mammaire.

Parfois à l'examen, l'infirmier peut noter l'existence d'abcès, ou de malformation (mamelon obliqué) ; dans ce cas donner les conseils nécessaires. Noter l'état de l'abdomen, de la peau, pigmentation, la présence de cicatrice sur le petit bassin.

Au niveau des membres inférieures, on recherche certains malformations apparentes, et / ou œdèmes, varices importantes pouvant faire suspecter l'existence de certaines risques (dystocie osseuse, toxémie).

2. **Le Touchée Vaginale (TV):**

— Combiné au palper abdominal :

La palpation ne donne des renseignements sur la hauteur et volume utérin, qu'après un certain âge de la grossesse (1mois).

La patiente est installée en position génécologique, cuisses écartées, vessie vide, l'infirmier pratique une toilette vulvaire à la patiente se laver les mains et met un doigtier ou un gants stérile dans une solution antiseptique (bétadine génécologique).

L'infirmière demande à la femme de bien respirer lentement et longtemps (on obtient ainsi un relâchement des muscles abdominaux), et lui expliquer l'intérêt de l'examen.

Le T.V va permettre d'explorer :

- o Le col : sa consistance connu un petit ramollissement chez la nullipare, le col est ferme chez la multipart, l'orifice externe peut admettre la pulpe de doigt.
- o Le corps utérin : le changement porte sur :
  - √ Le volume : la main abdominale perçoit le fond utérin au dessus de la symphyse pubienne :

    -Vers un mois de grossesse l'utérus à le volume d'un mandarin.

    -Vers un 2 mois de grossesse l'utérus à le volume d'une orange.

    -Vers un 3 mois de grossesse l'utérus à le volume d'une pamplemousse.
  - √ La consistance : elle est classiquement comparée à une figue demi-mure.
  - √ La forme : de péri-forme qu'elle était avant la grossesse l'utérus devient globuleux.
  - √ La mobilité : l'utérus reste mobile mais devient lourd pour les doigts qui le mobilisent.

On somme, l'arrêt des règles chez une femme bien portante et bien réglée doit éveiller systématiquement l'idée de la grossesse.

C. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Ses examens sont nécessaires dés le début de la grossesse.

1) La T.A : pour une femme enceinte et un peu plus basse que sa tension en dehors de la grossesse au moyen elle est de 11/7.

Toute tension supérieure ou égale à 14/9 est donc un signe anormal qui doit faire évoquer une toxémie gravidique.

2) La taille : demander à la femme de se déchausser et maintenir la patiente debout bien droite, le dos et tête contre la toise ou le mur.

Toute femme présentant une taille inférieure ou égale à 1.50 m est suspecter d'avoir un petit bassin et doit être référer à la consultation médicale.

3) La pesée : une femme enceinte ne doit pas prendre de 8 à 10 kg pendant sa grossesse soit en moyenne 1kg /mois.

Le poids de la femme doit être régulièrement suivi.

4) Analyse d'urine : au début de la consultation recueillir les urines de la femme dans un récipient et ça pour vider sa vessie pour ne pas gêner la toucher vaginal et pour faire la recherche de la protéinurie, glocosurie, et l'acétonurie.

5) Groupage rhésus : sa connaissance permet d'éviter les erreurs de groupage si une transfusion devient nécessaire et de dépister une maladie hémolytique par iso-immunisation rhésus si la femme a un groupage rhésus négatif.

D. EDUCATION / PREPARATION A LA NAISSANCE :

— Encourager et conseiller la patiente à respecter :

- Les règles d'hygiène habituelles et quotidiennes
- Hygiène des dents de la bouche, des seins et du corps
- Le port des chaussures a hauteur moyenne pour maintenir l'équilibre du corps
- A pratiquer la marche et des exercices physiques modérés pour maintenir la forme
- Le repos et le sommeil : la femme enceinte à besoin du sommeil prolongé la nuit et des moments de repos.

— recommander à la femme d'éviter :

- De trop consommer les graisses cuites, car ils sont indigestes et les épices irritantes (poire, piment), ainsi que les boissons gazeuse.
- Les voyages longs et fatigants surtouts en cas de grossesse fragiles.
- De prendre des médicaments sans avis du médecin, de sage femme et de l'infirmier.
- Les rapports sexuels doivent être modérés.
- Certains sports sont dangereux mais la natation peut être pratiquée son danger.
- De prendre des charges lourdes.

Certains troubles mineures : nausées, vomissement, constipation, varices, survient fréquemment en début de la grossesse, il faut rassurer la femme et lui dire qu'ils sont sans danger car ils disparaissent vers la 3ème mois.

Voici quelques conseils pour atténuer ou éviter les troubles :

× Nausées ou vomissement :

- Manger peu et souvent dans la journée.
- Se reposer après les repas.
- Manger lentement.
- Boite une heure avant ou après les repas.
- Prendre le yaourt à la place de café au lait.

- Régurgitation acide :
  - Éviter de consommer les épices irritantes et les graisses.
- Constipation :
  - Boire assez d’eau surtout au veille et au couché.
  - Manger des légumes verts et fruits.
  - Faire de la marche.
- Crampes musculaires au niveau des membres inférieures :
  - Marcher suffisamment.
  - Masser les membres inférieurs.

N.B : si ses troubles persistent au delà de 3ème mois, référer à la consultation médicale.

⇒ **Surveillance de la grossesse au cours de la 2ème trimestre :**

Si la femme enceinte se pressente pour la première fois il faut procéder à toutes les étapes tel qu’elle est écrite au 1er trimestre, puis terminer par l’examen du 2ème trimestre.

L’infirmier doit compléter minutieusement la fiche de surveillance :

A. ANAMNESE :

Il permet de :

-Rappeler le terme grossesse.

-S’enquérir des mouvements actifs du fœtus qui sont ressentis par la mère pour la 1er fois dans le courant de 4ème, 5ème mois.

-Rechercher éventuellement certains malaises ressentis par la femme enceinte.

B. EXAMENS OBSTETRICALE :

1. **L’inspection :**

Chez la femme accouchée en recherchera :

-au niveau de visage, l’apparition de pigmentation (masque de grossesse) signe sans danger et ne nécessitent pas de traitement particulier car il disparut les semaines qui suivent l’accouchement.

-si présence des déformations apparente, œdèmes, varices, au niveau des membres inférieures, ses signes pouvant traduire l’apparition d’un risque (anomalie du bassin, toxémie…..)

2. **La mensuration utérine :**

À l’aide d’un mètre ruban souple, l’infirmier procède à la mensuration de la hauteur utérine, celle-ci est mesuré du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin repérer par le palper. Le fond utérin atteint leur ombilic à 4 mois et demi.

4mois…………..16cm.
5mois…………..20cm.
6mois…………..24cm

3. Palpation abdominale :

La femme étant couché sur le dos, ses membre inférieures étandues, ses membres supérieures au long du corps. Les mains de l'infirmière sont posées à plat sur l'abdomen déprimant doucement sa paroi de la pulpe du doigt.

A cette période de grossesse, la palpation permet à l'infirmière d'apprécier la consistance, souplesse ou tension de l'utérus (présence de contraction utérine).

La situation du fœtus dans l'utérus vers le milieu de la grossesse en recherche le ballonnement abdominal du fœtus, normalement qu'au cours du 8ème mois que le fœtus bascule la tête en bas se plaçant en présentation céphalique.

La palpation abdominale n'a d'intérêt réel qu'au 3ème trimestre de la grossesse.

4. Auscultation du bruit du cœur fœtale (BCF):

L'auscultation permet de rechercher et d'écouter les battements du cœur fœtal à fin de déterminer leur existence, leur localisation et leur rythme et cela a partir du 5ème mois de grossesse. Pour cela l'infirmier doit :

- S'assurer qu'il n y'a pas de contraction utérine.
- Déterminer le foyer de l'auscultation de cœur fœtal. (entre le 5,6^{ème} mois les B.C.F sont perçus entre la symphyse pubienne et l'ombilic de la femme), ensuite posé modérément le pavillon du stéthoscope obstétricale au contact de l'abdomen de la femme enceinte.
- Ecouter les B.C.F au même temps que le pouls maternel pour pouvoir les différencier, les B.C.F ont un rythme plus rapide comparé au tic-tac d'une montre. (120 à 140 pulsation par minute).

5. Le toucher vaginal :

A ce stade de la grossesse, la T.V permet d'explorer successivement :

- Le col : il est long et fermé tout au long de la grossesse chez la nullipare, plus au moins raccourci et ouvert chez la multipart (du moins l'orifice externe).
- La présentation : le T.V va préciser la nature de la présentation (tête, siége,) et la hauteur par rapport au détroit supérieur, la présentation n'est habituellement pas défini, le fœtus étant trop petit est trop mobile dans l'amnios.
- Le bassin : il n'est pas valablement explorable en fin de grossesse.

C. EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

Certain examen sont indispensable et doivent être renouvelé d'une manière systématique à chaque examen :

- tension artériel : les chiffres tensionelles de cette 2èmé prise seront comparer avec ceux du premier trimestre.
- La recherche de la glycosurie + protéinurie aussi doit être comparé avec les précédentes.
- La pesée : tout excès du poids et surtout toute augmentation rapide de celui-ci sont anormaux et peuvent être un signe de gravité.
- D'autre examens doivent être pratiqués, il s'agit de :

  -V.D.R.L, T.P.H.A (syphilis).

  -taux d'hémoglobine, V.A.T.

D. EDUCATION ET PREPARATION A LA NAISSANCE :

Renouveler sans cesse, les conseils éducatifs du 1er trimestre et insister d'avantage sur :

- L'hygiène quotidienne.
- Alimentation saine et variée.
- Préparation des seins pour l'allaitement maternel.
- Le suivi de la grossesse.

→ Surveillance de la grossesse au cours de la 3ème trimestre :

La visite prénatale du 3ème trimestre est aussi importante que celle effectuée au 1er et au 2ème trimestre. Elle va permettre de :

- S'assurer que la grossesse évalue normalement.
- Préciser le mieux possible le volume, la présentation du fœtus, les dimensions du bassin maternel et la souplesse des parties molles.
- Etablir le pronostic de l'accouchement c'est à dire prévoir s'il se déroulera normalement ou non.
- Poser l'indication absolue d'accouchement en maternité dans le cas de grossesse à risque. Ex : ancien césarienne.

Il est important de signaler que si la femme enceinte se présente pour la 1er fois à la consultation prénatale l'infirmier doit effectuer toutes les étapes du 1er et 2ème trimestre avant de procéder à la consultation prénatale du 3ème trimestre.

A. ANAMNESE :

Il ne différent pas des interrogatoires précèdent, il doit le renseigner :

-l'age de la grossesse

-l'existence des mouvements actifs de fœtus.

- les différents malais éventuels ressentis par la femme enceinte.

B. EXAMENS OBSTETRICALE :

1. L'inspection :

Chercher chez la femme couchée :

-La pigmentation augmente de plus en plus, celle de visage surtout le masque de grossesse atteint le front, les joues, il disparaît 2 à 3 semaines après l'accouchement.

-Les seins restent congestifs et les aréoles pigmentés. Le mamelon s'écoule par pression ou spontanément un peu de colostrum.

-Des varices apparaissent ou s'accentuent siégeant au membre inférieur à la vulve, parfois des oedèmes.

Ces signes peuvent évoquer certains risques (toxémie).

2. La mensuration utérine :

La hauteur utérine est proportionnelle à l'age de la grossesse :

7mois……………28cm.

8mois……………30cm.

9mois……………32-34cm

Cet mensuration nos permet d'apprécier très approximativement le volume réel de fœtus pour plusieurs raison :

-La quantité de liquide amniotique peut faire varie cette hauteur en plus en ou en moins.

-Une paroi abdominal trop épaisse peut donné une mesure faussement excessif.

3. La palpation abdominale :

C'est le moyen d'exploitation clinique le plus important.

La palpation permet d'apprécier :

-La consistance, la souplesse ou la tension de l'utérus pendant la grossesse.

-Les contractions irrégulières et indolores peuvent survenir, le palper doit être arrêté jusqu'à la fin de la contraction.

-La situation de fœtus dans l'utérus, son volume, sa présentation, les rapports celle-ci avec le bassin maternel pendant l'examen l'infirmière peut ressentir à travers la paroi abdominale des chocs brusques qui correspond aux mouvements actifs de fœtus.

La palpation doit être exercé avec méthode et douceur c à d comme explorer la partie inférieure de l'utérus à la recherche du pôle fœtale inférieur ; en continuer par le fond utérin et en termine par les parties latérales.

a) Recherche du pôle fœtal inférieur :

Les 2 mains à plat du part et autre de la ligne médian, dépriment progressivement la paroi abdominale et cherche à délimité les conteurs du pôle fœtal ; la pulpe du doigt diriger en dedans planche vers l'excavation pelvienne à travers la paroi abdominale.

- Si en prend contacte avec une partie dure, rend, régulière : c'est le pôle céphalique.
- Si en prend contacte avec une partie irrégulière, plus mole et volumineuse : c'est le pôle pubienne ou présentation du siège.

On peut noter l'absence de tout le pôle pubienne, c'est le cas du présentation transverse.

b) Palpation du fond utérin :

Les doigts des 2 mains posés à plat sur le front utérin et le dépriment à travers la paroi, reconnaissent le siège de fœtus à son plus fort volume. La palpation des faces latérales de l'utérus, c'est la recherche du plan du dos fœtal.

4. L'auscultation du B .C. F :

L'infirmière doit en préciser le rythme, la fréquence et la tonalité, pour cela il doit bien les écouter au moins pendant 2 minutes car les BCF peuvent être masqués par des bruits d'origine maternels : battement aortique et surtout souffle utérin.

5. Le toucher vaginal :

Le toucher vaginal explore méthodiquement un certain nombre d'éléments :

— Le périnée : l'inspection de la vulve permet d'apprécier la longueur et l'état du périnée, les étroitesses ou la béance de la vulve. Le toucher proprement dit juge de la souplesse ou la rigidité des tissus vaginaux.

- Le col : on le trouve parfois prés en arrière vers le sacrum, chez la nullipare il est fermé et régulier ; chez la multipare l'orifice interne du col reste ferme et l'orifice externe et entre ouvert.
- Le segment inférieur : sa bonne constitution est essentiel pour la dilatation du col, il est bien formé et constitué c à d aminci, formant une calotte qui se moule quand la présentation est bien à commander ou à engager.
- La présentation : loin du terme présentation est élevée (sensation de ballonnement) plus prés de terme, il s'accommode au détroit supérieur et parfois s'engager.
- Le bassin : l'exploration du bassin osseux par le toucher vaginal n'est pas possible avant les dernières semaines de la grossesse car les tissus doivent être parfaitement assouplis par l'imbibition gravidique pour permettre un toucher suffisamment profond.

C. ***L'EXAMEN COMPLEMENTAIRE :***

Au cours de ce 3eme trimestre certain examen déjà pratiquer lors des visites antérieurs doivent être renouveler :

- La pesée : noté toute prise de poids excessif on comparent avec les poids antérieurs.
- TA : après repos.
- La recherche de glycosurie et de protéinurie.
- Si la femme est de groupe Rhésus négatif la référer au médecin pour dosage au désagglutinine irrégulier.

D. ***EDUCATION, PREPARATION A LA NAISSANCE :***

Recommander et insister d'avantage auprès des femmes enceintes sur les derniers préparatifs de l'accouchement :

- Préparation physique : hygiène du corps, toilette générale.
- Rasage de la région vulvo périnéale et petit lavement évacuateur.
- Préparation à l'allaitement : soin des seins.
- Préparation des accessoires (valise bébé)
- Informer la femme sur les signes d'entrée en travail.
- Informer sensibiliser la future mère sur le suivie après l'accouchement (consultation postnatale) et sur les moyens contraceptions disponibles.
- Insister auprès des femmes qui présentent des grossesses à risques à accoucher en maternité.
- Informer la femme sur les démarches administratives éventuelles :
  - Certificat de grossesse pour les femmes qui travaillent
  - Congé de maternité
- Recommander à la femme enceinte d'avoir des documents concernant le suivie de sa grossesse (carnet de santé, ordonnances médicales) au moment de son départ à la maternité.

⇒ La 4ème CPN

Elle a lieu au cours du **9ème** mois de la grossesse et consiste principalement en :

- ☐ Mêmes examens de la 3ème CPN
- ☐ Mêmes éducation et préparation à la naissance;
- ☐ Visite de la maison d'accouchement (si possible)
- ☐ Référer la femme vers une consultation médicale pour:
  - ☐ Un examen échographique,
  - ☐ Une scanopelvimétrie, en cas de nécessité médicale.
  - ☐ Si la femme enceinte se présente pour la première fois au cours du 9ème mois de la grossesse, les examens suivants doivent lui être prescrits :
  - ☐ Le groupage sanguin et facteur Rh,
  - ☐ La NFS.
  - ☐ Ces examens peuvent être complétés, éventuellement, par d'autres examens en cas de nécessité médicale.

Messages clés à transmettre à la femme

- ☐ Toute femme enceinte doit consulter au moins 4 fois pendant la grossesse;
- ☐ Toute femme enceinte à besoin d'une alimentation saine et variée et de plus de repos;
- ☐ Une personne qualifiée doit assister la femme pendant l'accouchement;
- ☐ Lorsqu'une naissance risque d'être difficile ou de présenter des complications, il faut prévoir l'accouchement dans un milieu surveillé

Il y'a risque si:

- ☐ La femme a moins de 18ans ou plus de 35ans;
- ☐ Elle mesure moins de 1,50 m;
- ☐ Elle a plus de 4 enfants;
- ☐ Elle a déjà eu une césarienne;
- ☐ Elle attend des jumeaux
- ☐ En espaçant les naissances d'au moins 2 ans et en évitant d'être enceinte avant 18ans et après 35ans, une femme réduira considérablement les dangers de la grossesse.

IV. LES GROSSESSES A RISQUES ET LE ROLES INFIRMIERS : (VOIR LE COURS DE L'OBSTETRIQUE)

V.LA SURVEILLANCE DES ACCOUCHEES ET NOUVEAUX NES :

La surveillance des suites de couches est une nécessité car cette période peut présenté des pathologies parfois graves pour la vie de la mère et de l'enfant. La période des suites de couches ou post-partum est celle qui situant de l'accouchement jusqu'au premières règles qui suive cette accouchement, de façon générale, la période de suites de couches ou des post-partum se caractérise par le retour de l'organisme et des organes génitaux à leur état antérieur, en particulier « l'involution utérine ». La fonction de la lactation qui n'est pas seulement en jeu la glande

mammaire mais influence l'ensemble des fonctions endocriniennes et en particulier le retour du cycle menstruel.

Il faut retenir que chez la femme qui allaite le retour de couches est retardé entre le 2ème et 5ème mois qui suit l'accouchement. Par contre chez la femme qui n'allaite pas, le retour des couches se revient entre la 5ème te la 8ème semaine après l'accouchement.

On peut distingué : la période des suites de couches immédiat jusqu'au 12 jours qui suit l'accouchement et la période de suite de couches tardif qui va jusqu'au 45ème jours après l'accouchement ou même après date à la quelle se produit le retour de 1ère règles.

Consultation postnatale : consultation qui se fait dans le mois qui suit l'accouchement.

VI. LA CONSULTATION POSTNATALE :

A. Objectifs généraux :

- Examiner la mère et le nouveau-né pour éviter et dépister les complications éventuelles des suites de l'accouchement.
- Référer la mère et/ou le nouveau-né en cas de problèmes identifiés.
- Délivrer le certificat de naissance et/ou le certificat de vaccination.
- Informer et conseiller la mère en matière d'allaitement maternel et planification familiale et suivi de l'enfant.

B. Organisation de la consultation postnatale :

a) Taches infirmière :

- Accueillir aimablement la mère et le nouveau-né.
- Interroger la mère sur le déroulement de l'accouchement.
- Examiner l'accouchée pour s'assurer de l'évolution normale de suite de couches.
- Examiner le nouveau-né et procéder à la vaccination et administrer la 1ere prise de Stérogyl 15 (Vitamine D) et une dose de 200.000 unités de vitamine A plus le fer pour la mère.
- Peser et toiser le nourrisson.
- Dépister toute complication chez la mère et le nourrisson et/ou référer si nécessaire.
- Etablir la carte de vaccination.
- Informer / conseiller la mère dans le domaine de l'hygiène générale et alimentaire, allaitement et contraception.
- Noter toute les indications et renseignement sur le carnet de santé de la mère.

b) Rythme de la consultation :

En plus des séances normalement programmées par la formation sanitaire toutes les mères qui se présentent avec leur nouveau-né doivent bénéficier d'une visite postnatale.

c) A qui s'adresse la consultation postnatale :

La consultation postnatale s'adresse aux femmes déjà suivies en consultation prénatale, aux femmes non suivies qui se présentent spontanément à la consultation postnatale dans les jours qui suivent l'accouchement, et à toutes les accouchées, et quelques soit le lieu de leur accouchement (domicile, maison d'accouchement, maternité, clinique privé…)

C. **Examen *Conduite et déroulement de la consultation postnatale :***

1. **postnatal de la mère :**

L'anamnèse :

Il constitue en temps essentiel de l'examen postnatale il permet à l'infirmière de recueillir les informations suivantes : date, lieu et déroulement de l'accouchement : normal, avec intervention (forceps, venteuse, césarienne…), ou hémorragique, le déroulement des suites de couches immédiat, normales ou pathologiques.

Ces informations sont recueillit verbalement auprès de la mère par l'intermédiaire et/ ou sur le carnet de santé ou toute autre documents selon que la femme accouché à la maison d'accouchement.

L'examen général :

Porte essentiellement sur :

- Les signes généraux : le pouls et la T° qui restent normaux, la TA qui est normale et stable.
- L'aspect du visage et de conjonctives : pâleur et décoloration en cas d'anémie dans ces conditions si la femme n'a pas été suivie une consultation prénatale et n'as pas eu son taux d'hémoglobine, il faut profiter de la consultation postnatale on pratiquer le dosage d'hémoglobine et traiter l'anémie en conséquence.
- L'état des seins et mamelons : l'infirmière note l'aspect des seins et mamelons à la recherche d'un éventuel (tension, douleurs et engorgement).
- La palpation abdominale de l'utérus, par cet examen l'infirmière appréciée l'hauteur d'utérus à son état normal, en se servant de l'ombilic comme point de repère, il faut retenir que au-delà de 12ème jours l'utérus normalement dernière le pubis. Un retard dans cette involution peut être due à la rétention des cailloux de sang où de fragment des cotylédons l'utérus est alors gros, mou et douloureux.
- L'observation des lochies pour écoulement vulvaire des suites de couches : au cours de cette période postnatale, les lochies sont pratiquement claires, sans odeurs, si les lochies restent sanglants au-delà de 5 à 15ème jour et/ ou fétides ou purulentes, il faut prendre et noter la T°, TA et référer l'accouchée vers la consultation médicale car il peut s'agit d'une hémorragie tardive du post-partum ou d'une infection.

  Remarque : parfois aux environs de 12ème, 15ème jours l'écoulement redevient sanglant : c'est le petit retour de couches (faut retour de couches).

- L'état du périnée : l'observation du périnée permet de contrôler son intégrité c à d de constater la présence et l'importance de déchirures périnéale surtout dans le cas d'accouchement à domicile. Il peut aussi noter la cicatrisation et éventuellement la désunion d'épisiotomie ou de déchirures reprises, c'est aussi le moment le plus favorable pour l'infirmière d'insister sur les soins du périnée.

2. **Examen postnatal du nourrisson :**

Avant d'examiner l'enfant se laver les mains et déshabiller celui-ci, toute en continuant à interroger la mère sur le mode d'allaitement et les réactions de l'enfant.

L'examen général du nourrisson à pour but de vérifier son état de bon santé et dépister une éventuelle anomalie ou mal formation.

- Le nouveau-né normal a le teint rosé.
- La peau souple et ferme à la fois
- Le cri est rigoureux, il faut savoir reconnaître la cyanose, le dyspnéique et le teint gris de l'infecter, les mouvements convulsifs.

- En général le cordon ombilical chute entre le 6ème et 10ème jour de l'accouchement tant que le cordon n'est pas tombé conseiller à la mère d'évité de donner le bain à l'enfant, procéder aux soins : désinfection à l'alcool ou l'éosine avec une compresse stérile et terminer par un bondage.

L'infirmière doit expliquer à la mère les soins à faire en cas d'infection locale de la partie ombilicale et lui conseiller de ne pas appliquer certains produits (henné, khôl...). La recherche des males formations apparentes s'impose systématiquement pour les femmes qui ont accouchées à domicile et dans les nouveaux-nés, n'on peut bénéficier d'un examen à la naissance.

- La pesée est absolument fondamentale, va permettre de constituer la courbe de l'enfant qui présente le meilleur baromètre de la santé de l'enfant. On sait qu'à la naissance au moyen 3250 à 3500 g pendent les premiers jours ce produit la chute du poids physiologique qui es de 100 à 300 g environ cette chute du poids correspond à l'élimination de méconium et des urines. Le poids de naissance sera repris au bout de 15 jours.
- La vaccination : procéder à la vaccination et la 1ère prise de vitamine D2 (Stérogyl 15)

3. <u>Information, éducation, communication IEC :</u>

♫ Pour la mère :

- Conseiller une toilette intime et une hygiène parfaite des seins pour éviter les infections des mamelons, la macération et les crevasses. Pour cela recommander à la mère de laver les mamelons avec l'eau bouillée et tiède avant et après chaque tété, de bien sécher et appliquer l'alcool glycérine en suite couvrir le mamelon d'un linge propre ou compresse stérile. En cas de légère engorgement ou tension mammaire procéder à l'application des compresses chaudes alcoolisées et un massage manuel.
- Le port d'un soutien-gorge léger, confortable est souhaité.
- Les soins du périnée doivent aussi faire l'objet de conseil en cas de périnée non cicatriser, l'infirmière doit recommande à la femme à une toilette stérile quotidien (eau bouiller tiède) additionner ou non à d'une antiseptique.
- Un séchage soigneux et la mis en place d'une garniture propre, en cas de périnée cicatriciel ce sont en pratique les mêmes soins que le premier cas mais en veillant toutefois à bien sécher la cicatrice et appliquer un antiseptique, l'essentiel est maintenir cicatrice propre et sèche et de changé plusieurs fois la garniture.
- !!!!!!!Recommander à la mère
- L'espacement des naissances ce sujet doit être aborder avec toute femme qui se présente à une consultation postnatale. Le choix de la méthode avec ses avantages ou ses inconvénients doit se faire après discussion avec la femme et la fonction de chaque cas.

♫ Pour l'enfant :

- Encourager l'allaitement maternel.
- Conseiller la toilette quotidienne du bébé et le change fréquent pour éviter l'érythème fessier, bien sécher et appliquer un peu d'olive, crème, ou lait de toilette.
- Déconseiller le bain complet de nouveau-né avant la chute de cordon ombilical.
- Le linge du bébé doit être lavé au savon ordinaire.
- Faire suivre régulièrement l'enfant (poids, vaccination).

A la fin de l'examen postnatal de la mère et de l'enfant :

- Reporter sur la fiche de surveillance de la grossesse les renseignements inscrits sur les carnets de la santé de la mère où sur la fiche de sortir de la maternité, le déroulement et suite de couches.
- Donner un numéro de suivi à l'enfant.
- Remettre le certificat et la carte de vaccination à la mère.
- Si la patiente désire utiliser une méthode contraceptive, l'infirmière lui réfère ou lui donne un rendez vous.
- Si l'infirmière à identifier une anomalie ou complication elle adresse la mère et/ ou l'enfant à la consultation médicale.

VII. LA SUITE DE COUCHE A RISQUE ET LE ROLE DE L'INFIRMIER (ERE) (VOIR COURS OBSTETRIQUE)

1. **Chez la mère**
2. **Chez l'enfant**